

ANAMNESEBLATT FÜR DIE PRÄOPERATIVE DIAGNOSTIK

PATIENT: _____ GEB.: _____

Sehr geehrter PatientInnen!

Um das Risiko des bei Ihnen geplanten Eingriffs auf ein Mindestmaß zu reduzieren, bitten wir Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse zu beantworten:

Ihre **Körpergröße**: _____ cm **Gewicht**: _____ kg

Geplante Operation: _____

Operationstermin: _____

	JA	NEIN
Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, welche Operationen/Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie allergisch (insbes. auf Medikamente)? Wenn ja, worauf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie auffällig zu verlängerter Blutungszeit oder blauen Flecken (Hämatomen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel durchschnittlich bzw. tägl. Menge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel durchschnittlich bzw. tägl. Menge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben (hatten) Sie Erkrankungen folgender Organe bzw. Organsysteme?

	JA	NEIN		JA	NEIN
Hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen d. Nieren, Harn oder Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Herzens oder Kreislaufes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen d. Venen insbes. Thrombosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Lunge, Asthma, Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen d. Blutes, der blutbildenden Organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Magens (Geschwür) oder Darmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen d. Gehirns, Anfallsleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Leber, Gallenblase, Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen d. Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen d. Stoffwechsels, Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen sind nur von Frauen zu beantworten:

	JA	NEIN
Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Pille oder Hormonpräparate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Regelblutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum: _____ Unterschrift: _____